



KASTAMONU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

PERSONEL KİMLİK KARTI TALEP FORMU

Personel kimlik kartı düzenlenebilmesi için aşağıda belirtilen bilgilerin doğru olduğunu beyan eder, personel kimlik kartımın düzenlenmesi hususunda gereğini arz ederim./..../ 20

Adı-Soyadı
İmzası

Görev Yaptığı Birim	
Adı Soyadı	
Unvanı	
T.C. Kimlik No	
Kurum Sicil No	
Nüfus Cüzdanı Seri No	
Doğum Tarihi	
Baba Adı	
Ana Adı	
Kan Grubu	

PERSONEL KİMLİK KARTI TALEP NEDENİ

Müdürlüğe Yeni Atama (1) ()	Hiç Kimlik Almadım (4) ()
İsim veya Soyadı Değişikliği (2) ()	Statü (Unvan) Değişikliği (5) ()
Yıpranma (3) ()	Kaybolma (6) ()

Eski Tanıtım Kartı Var ise Veriliş Tarihi ve Kart Seri No:

Onaylayan Amirin
Adı - Soyadı
İmzası - Mühür

NOT:

1 - Bu form noksatsız ve tam olarak bilgisayar ortamında doldurulacak ve amirince tasdik edildikten sonra mühürlenecektir. Bilgilerin eksik olması durumunda işlem yapılmayacaktır